

## MÉMOIRES ORIGINAUX

## I

A PROPOS DES MODIFICATIONS DE LA MOELLE CONSÉCUTIVES  
AUX AMPUTATIONS DE MEMBRES CHEZ LE TÊTARD (1)

PAR

E. Brissaud et A. Bauer.

Dans le cours de recherches expérimentales que nous poursuivons sur le têtard, nous avons eu l'occasion d'étudier les modifications qui se produisent au niveau de la moelle à la suite des amputations de pattes. L'an dernier, au Congrès de Madrid, nous nous sommes attachés surtout à l'étude des localisations de ces altérations médullaires.

Nous voudrions aujourd'hui vous exposer brièvement les divers états anatomiques que nous avons observés dans la moelle des têtards amputés, états qui varient suivant la présence ou l'absence de régénération du segment amputé.

Lors de notre communication au Congrès de Madrid nous avons déjà fait remarquer qu'il est nécessaire de tenir grand compte de ces régénérations, et pour établir notre schéma des localisations nous ne nous étions appuyés que sur l'examen des moelles de têtards sans régénération.

Il n'est pas douteux, quand on compare la moelle de deux têtards de même âge amputés le même jour, de la jambe par exemple, l'un des têtards n'ayant rien régénéré, l'autre régénérant ou ayant régénéré, qu'une différence manifeste existe entre l'état de ces deux renflements lombaires. Les lésions sont beaucoup plus accentuées et plus nettement délimitées chez le têtard qui ne régénère pas (fig. 1) que chez le têtard qui régénère (fig. 2, 3, 4).

D'autre part, que l'on prenne des têtards de même âge et amputés des mêmes segments, têtards dont la patte régénère le segment amputé; qu'on examine la moelle des uns 20 jours après l'amputation; celle des autres 30 ou 35 jours après l'opération, et que les derniers soient examinés lorsque la régénération est aussi parfaite que possible, on se rendra compte alors du travail anatomique qui se produit dans la région de la moelle correspondant au segment amputé.

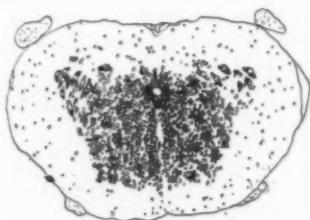


FIG. 1. — Amputation de jambe gauche.  
40 jours sans régénération (X<sup>e</sup> racine).

(1) Communication faite au XII<sup>e</sup> Congrès de Médecins aliénistes et neurologistes. Pau, 1-3 août 1904.

Voici un dessin (fig. 2), fait à la chambre claire, représentant une coupe de moelle au niveau de l'origine de la X<sup>e</sup> racine, chez un têtard dont l'amputation de jambe date de 20 jours. Les modifications dans la moitié de la moelle correspondant au côté amputé sont fort apparentes : diminution globale; altérations grossières des grandes cellules motrices de la corne ventrale, particulièrement dans les régions externe et postéro-externe.

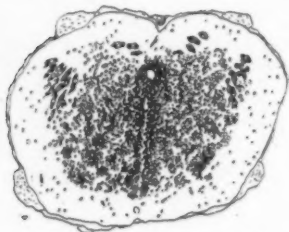


FIG. 2. — (20 jours après amputation X<sup>e</sup> racine).

Voici le dessin (fig. 3) correspondant chez un têtard dont l'amputation de la jambe date de 35 jours. Les altérations du renflement lombaire sont encore nettes : mais elles sont déjà moins accentuées.

Voici enfin le dessin (fig. 4) d'une coupe de la moelle d'un têtard dont l'amputation date de 50 jours. Ici la patte régénérée valait la patte non amputée. La différence entre les deux moitiés du renflement lombaire est minime.

Ces têtards, de même origine et sensiblement de même âge, vivaient dans le même aquarium et se trouvaient donc dans les mêmes conditions.

Ils paraissaient en bon état de santé lorsqu'ils ont été fixés tous trois dans le mélange de Zenker et colorés suivant la méthode de Nissl.

Si l'on compare ces moelles prises 20, 35 jours, etc., après une amputation de jambe, à celles qui proviennent de larves ayant subi successivement deux ou trois amputations de jambe et sacrifiées 20, 35 jours, etc., après la dernière opération, on constate que le nombre d'amputations influe, mais influe peu sur l'état actuel de la moelle.

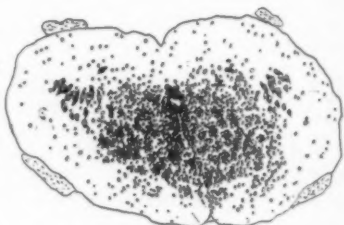


FIG. 3. — (35 jours après amputation X<sup>e</sup> racine).

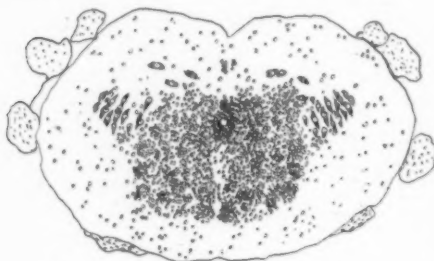


FIG. 4. — (50 jours après amputation. X<sup>e</sup> racine).  
Réparation progressive des altérations de la moelle après amputation de la jambe gauche et régénération du segment amputé.

Le travail anatomique en cours est peu modifié : la différence entre les deux moitiés de la moelle tend à diminuer; les cellules altérées semblent moins nombreuses. Ces modifications sont moins marquées que chez les têtards qui n'ont subi qu'une seule amputation, et n'ont rien régénéré. Un autre fait, qui au premier abord paraît un peu paradoxal, mérite d'être signalé : les cellules saines sont en général plus belles et plus volumineuses chez les têtards

qui ont été amputés deux ou trois fois que chez ceux qui n'ont été amputés qu'une seule fois. L'explication est, croyons-nous, la suivante : chez les têtards

réamputés, d'une part on a affaire à des animaux un peu plus âgés et, d'autre part, en raison d'ailleurs de leur développement, les segments épargnés du membre amputé ont eu une activité fonctionnelle plus grande et plus prolongée que les mêmes segments des têtards amputés une seule fois.

En dehors de ces remarques que nous avons faites sur un grand nombre de préparations, quelques points particuliers doivent encore fixer l'attention.

Nous vous présentons un dessin (fig. 5 et 6) figurant une coupe de moelle lombaire de grenouille qui, amputée de la jambe à l'état de têtard, avait en 50 jours parfaitement régénéré le segment amputé. Sur cette coupe on distingue

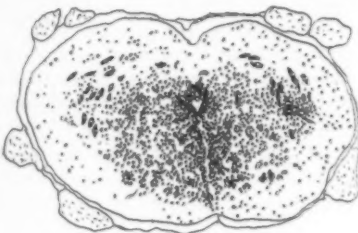


FIG. 5. — 50 jours après amputation.

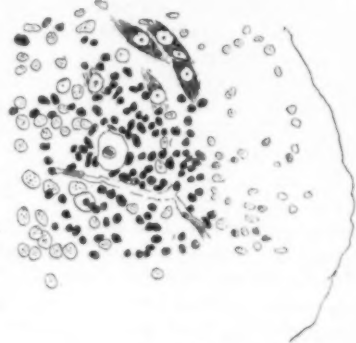


FIG. 6. — Région postéro-externe du groupe des cellules motrices de la moitié gauche de la moelle (fig 5).

aisément dans la corne ventrale de la substance grise, correspondant au côté amputé, un afflux de petites cellules vivement colorées. On trouve ces éléments sur une certaine hauteur de la corne ventrale, depuis l'extrémité inférieure du noyau latéral des grosses cellules motrices jusque vers la IX<sup>e</sup> racine, par

conséquent dans le territoire médullaire qui correspond au segment amputé. En plusieurs endroits on se rend compte que ces petits éléments sont surtout confluents autour de grosses cellules très altérées. D'autre part, il existe une semblable réaction cellulaire dans l'autre corne ventrale; mais là elle est moins intense.

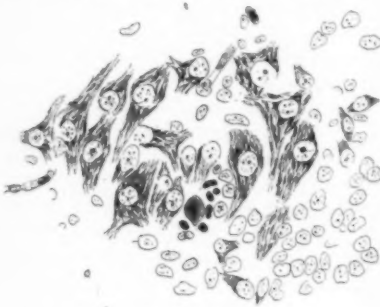


FIG. 7. — Quelques neuronophages groupés autour d'une cellule motrice dégénérée.

S'agit-il d'une vraie myélite, infectieuse par exemple, localisée aux cornes ventrales de la partie inférieure du renflement lombaire? Nous trouvons-nous en présence de macrophages nom-

breux qui ont envahi les cornes ventrales pour en faire disparaître les éléments qui ont simplement dégénéré à la suite de l'amputation?

Cette façon de voir nous paraît le plus vraisemblable, car le têtard en question était en parfaite santé lorsqu'il a été sacrifié; il ne présentait aucun trouble moteur appréciable dans les membres postérieurs; il comptait parmi les plus beaux sujets en expérience. De plus, ce cas n'est pas isolé;

nous avons observé dans plusieurs autres moelles une réaction analogue (fig. 7), mais de moindre intensité et plus localisée, qui siègeait toujours dans la zone correspondant au segment amputé. On est donc en droit de penser qu'au moment de l'examen anatomique de ces différents têtards un processus de neuronophagie, plus ou moins actif suivant les sujets, contribuait à la réparation des altérations médullaires causées par les amputations.

Mais alors n'est-il pas nécessaire d'admettre que des modifications cellulaires se produisent dans la moelle même du côté opposé à celui de l'amputation? C'est un fait que nous avons déjà soupçonné antérieurement. La présence d'une neuronophagie bilatérale viendrait légitimer cette hypothèse.

Ainsi l'étude des altérations médullaires consécutives aux amputations chez le têtard nous montre une grande différence entre le processus qui répare la moelle et celui qui restaure le membre amputé.

Au niveau des membres l'aptitude régénératrice est très puissante chez un grand nombre de nos têtards que l'on voit régénérer d'une manière parfaite jambe et pied; dans la moelle, elle est certainement très atténuée. Et cependant on sait que le système nerveux des têtards peut être doué à certains moments d'une aptitude formatrice inouïe, puisqu'on a vu ces animaux restaurer des fragments entiers d'encéphale. Dans ces cas, il est vrai, il s'agissait de traumatismes portant directement sur le système nerveux. Peut-être enfin cette aptitude régénératrice s'épuise-t-elle avec l'âge plus rapidement dans le système nerveux que dans les membres?

En tout cas, dans la moelle de nos têtards ses manifestations sont plus lentes et plus imparfaites que dans les membres. Même dans les cas les plus heureux la restauration médullaire reste quelque peu défectueuse. On n'assiste pas à un retour *ad integrum* comme au niveau du membre amputé susceptible de reprendre forme et structure normales. Alors même que la patte a complètement régénéré dans la zone de la moelle correspondant au segment amputé, un certain nombre de cellules sont encore en voie de disparition (sans doute par l'intermédiaire des macrophages dont nous parlions ci-dessus); d'autres cellules restent plus petites et d'autres enfin s'hypertrophient. Jamais en cette zone nous n'avons remarqué de figures de cariocinèse.

Nous croirions volontiers que quelques cellules nerveuses simples, voisines du groupe des grandes cellules motrices, sont capables de remplacer certaines cellules disparues et, s'adaptant à de nouvelles fonctions, peuvent prendre la constitution des grandes cellules motrices.

Et quand on observe l'absence de régénération du membre amputé en même temps que l'absence de réparation des altérations médullaires, cela tient au fait que les animaux sur lesquels on a expérimenté étaient entrés dans leur période de vie latente.

#### CONCLUSIONS

1° Quand on compare la moelle de deux têtards de même âge ayant subi le même jour la même amputation, l'un des têtards n'ayant pas régénéré, l'autre régénérant ou ayant régénéré, on constate l'existence d'une différence manifeste entre les deux renflements lombaires. Les lésions sont beaucoup plus accentuées et plus nettement délimitées chez le têtard qui ne régénère pas que chez le têtard qui régénère.

2° L'examen du renflement lombaire de têtards qui, amputés des mêmes

segments et en voie de régénération, ont été fixés un temps plus ou moins long après l'opération, permet d'observer la réparation progressive des lésions médullaires causées par l'amputation.

3° Les amputations de régénérations influent, mais influent peu sur l'état de la moelle; elles n'arrêtent guère la réparation des altérations déterminées par la première amputation. Le nombre de ces réamputations n'a aussi que fort peu d'importance à cet égard.

4° Cette restauration des lésions de la moelle n'est jamais parfaite. Il ne s'agit pas ici comme au niveau des membres d'une vraie régénération. Les cellules qui ont été très vivement lésées tendent à disparaître grâce à l'intervention de macrophages; il semble que ces cellules sont remplacées par des cellules nerveuses simples, voisines du groupe des grandes cellules motrices qui s'adaptent à de nouvelles fonctions. On n'observe pas en cette région de figures de cariocinèse.

---

## II

### SUR LE SYNDROME DE GANSER OU LE SYMPTOMO-COMPLEXUS DES RÉPONSES ABSURDES

PAR

**Serge Soukhanoff**

Privat-docent de la Faculté de médecine de l'Université de Moscou.

Le syndrome de *Ganser*, ou symptomo-complexus des réponses absurdes, est l'une des questions intéressantes de la psychiatrie contemporaine, tout à la fois au point de vue médico-psychologique, clinique et médico-légal. Comme on le sait, les malades chez lesquels on observe le syndrome de *Ganser* frappent par l'absurdité de leurs réponses, même aux questions les plus simples. Par exemple, vous demandez à tel malade, quel est son nom, il vous donnera sur ce sujet une réponse variable; vous voyant pour la première fois de sa vie, le malade va assurer qu'il vous a vu avant et il peut même raconter où et dans quelles conditions. Aux questions concernant le jour, le quantième, le mois, l'année, etc., il donne aussi des réponses irrégulières.

Tel malade, voyant ses parents, s'éloigne d'eux, disant que ce sont des gens qu'il ne connaît pas. L'absurdité des réponses du malade se manifeste le plus, lorsqu'on lui pose des questions d'arithmétique, même les plus simples; par exemple, si on lui demande combien font  $2 \times 2$ , il peut vous répondre : 3 ou 5, ou 10, etc., mais jamais quatre; proposez-lui d'additionner 2 et 3, il vous répondra que  $2 + 3$  font 4 ou 7, ou 8, etc., mais il ne vous dira pas cinq. Les réponses du malade aux mêmes questions répétées plusieurs fois peuvent être différentes; elles ne sont jamais justes.

Le malade ne dit pas d'une façon exacte le nombre des doigts qu'on lui montre.

Si vous proposez au malade de nommer les objets que vous lui indiquez, il manifestera le même défaut psychique, la même absurdité dans ses réponses. Il

est intéressant de signaler que le malade comprend la question posée, a l'air d'un homme écoutant attentivement vos paroles, et s'efforçant de bien répondre; et malgré cela, les réponses qu'il donne frappent par leur absurdité. Le malade qui présente par son aspect le tableau du syndrome de *Ganser* diffère du malade atteint de phénomènes de confusion mentale chez qui la quantité de réponses absurdes, en somme, est beaucoup moindre. On a l'impression que le malade fait exprès des réponses si absurdes, et il n'est pas rare que dans les cas médico-légaux avec syndrome de *Ganser* surgisse l'idée d'une simulation. Comme le démontrent les observations de différents auteurs, le syndrome se développe souvent chez des personnes qui doivent être soumises à une peine pour quelque délit; ce syndrome se rencontre aussi après les accidents de chemin de fer. Assurément, bien des malades de ce genre ont dû être autrefois pris pour des simulateurs. J'estime que le mérite principal de *Ganser*, qui le premier a décrit le syndrome dont il est question, consiste en ce qu'il a fait attention au côté morbide de ce syndrome; c'est grâce à lui qu'on a commencé à voir dans les symptômo-complexus des réponses absurdes non une simulation, mais une maladie.

Quoique depuis la publication du premier travail (1897) de *Ganser*, il ait paru plusieurs articles concernant cette question, pourtant il n'y a pas encore un nombre suffisant d'observations, bien étudiées et bien suivies, pour pouvoir parler avec assurance du cours du syndrome de *Ganser* en général, de sa terminaison et de ses variations.

Le syndrome de *Ganser* est-il une association individualisée de symptômes cliniques ou bien une forme morbide? Cette question reste ouverte, et je pense qu'elle ne peut pas être résolue actuellement.

Puisque le syndrome de *Ganser* s'observe chez des sujets arrêtés ou inculpés et aussi en rapport avec le traumatisme, il s'agit peut-être ici d'un état psychique particulier, hystérique ou hystériforme, d'une psychose hystérique. En effet, la participation du moment étiologique psychogène dans ces cas peut être supposée ou démontrée avec précision, et le rôle des secousses morales ici est très grand. Les réponses absurdes des malades, qui présentent le syndrome de *Ganser* ont une grande ressemblance qualitative avec les affirmations naïves et même souvent absurdes des hystériques indubitables dans la période aiguë du trouble psychique hystérique, ou dans la période du délire hystérique. Je me souviens d'une malade hystérique qui, malgré son état de confusion mentale profonde, était capable de faire des combinaisons très naïves ou absurdes; par exemple, un jour cette malade assura qu'on lui avait mis des yeux de chat au lieu de ses propres yeux, et quand on la contredisait, elle affirmait que c'était là chose très possible et naturelle. Il semble bien que les symptômes isolés de la psychose aiguë peuvent avoir une ressemblance avec ce qui s'observe dans le syndrome de *Ganser*. Comme dans la psychose hystérique, dans le syndrome de *Ganser* on a l'impression que les malades, exprès ou par badinage, donnent des réponses absurdes ou naïves. Cette ressemblance entre la psychose hystérique et le syndrome de *Ganser*, et la participation dans les deux cas du moment psychogène, me portent à croire que le syndrome en question fait partie de la catégorie des troubles hystériques.

Il est très possible que, dans certains cas, le symptômo-complexus des réponses absurdes puisse être non seulement l'expression d'une psychose hystérique passagère et temporaire, mais être aussi un élément accessoire, accompagnant une lésion quelconque, par exemple la démence précoce, cette maladie



psychique si fréquente et si variable par ses manifestations. Il se peut que les cas où le syndrome de *Ganser* ne se termine pas par la guérison, mais évolue vers un état psychique de pronostic douteux, doivent être rapportés, non à la psychose hystérique, mais à la démence précoce avec syndrome de *Ganser* occasionnel.

Nous arrêtant à la supposition que le syndrome de *Ganser* dans sa forme la plus pure est une psychose hystérique, essayons de faire une analyse psychologique de ce symptomo-complexus particulier.

Avant tout, il est indispensable de remarquer que le malade atteint de ce syndrome comprend bien ce qu'on lui propose de faire; il peut agir régulièrement quand on l'appelle, quand on lui dit de venir, de s'asseoir, de montrer la langue, de fermer les yeux, etc.; mais les questions qu'on lui adresse, et auxquelles il doit donner une réponse, l'embarrassent et le troublent, et alors, il subit un état psychique tel qu'une réponse régulière ne peut être donnée. Il est possible qu'un tel état s'accompagne d'une émotion particulière, créant le tableau du trouble de conscience. L'activité cérébrale d'association se trouble d'une manière très originale: précisément au moment où le malade doit répondre à une question, surgissent subitement des représentations et des idées d'un autre ordre, parfois d'un ordre tout à fait opposé dues à des associations par contraste. Ce trouble psychique si curieux et si étrange ne peut être expliqué qu'en admettant son origine psychogène.

Pour élucider mon idée, je me permets de recourir à l'analogie. Comme on le sait, dans la paralysie hystérique, c'est-à-dire dans les paralysies d'origine psychogène, on peut observer la perte de la fonction physiologique de certains muscles isolés, et ce trouble nerveux peut se manifester parfois de la manière la plus étonnante, la plus bizarre; par exemple, chez un sujet hystérique se développe une paralysie très rare d'un muscle quelconque, simulant une lésion organique.

Il me semble que nous avons dans le syndrome de *Ganser* un trouble partiel analogue, mais dans l'appareil d'association: d'ailleurs, la pathologie neuropsychique connaît de telles lésions partielles de l'appareil psychique chez les hystériques; c'est le trouble partiel de mémoire, lorsque le malade ne se souvient point du tout justement des choses qu'il aurait dû se rappeler le mieux. On peut considérer le syndrome de *Ganser* comme un trouble partiel du mécanisme logique supérieur; et cela constitue le tableau des réponses absurdes. En disant que dans ce cas nous avons affaire à un trouble partiel de l'appareil psychique, nous entendons que c'est dans un sens relatif seulement; il est indubitable que dans le syndrome de *Ganser* toute l'activité psychique en général est troublée; la combinaison particulière des symptômes, sous forme de réponses absurdes, n'est qu'un phénomène plus marqué parmi les autres phénomènes morbides.

On peut dire les mêmes choses sur les amnésies partielles chez les hystériques; là aussi un seul symptôme prévaut sur les autres par son intensité et sa netteté; de même que dans les paralysies hystériques il faut aussi, sans doute avoir en vue l'état psychique particulier et ses exagérations.

En achevant mes considérations sur le syndrome de *Ganser*, je trouve nécessaire de remarquer encore une fois qu'actuellement la signification clinique de ce symptomo-complexus est loin d'être résolue définitivement; seules les observations ultérieures aideront à élucider d'une manière plus précise ce dont il s'agit ici.

## Bibliographie

Dans la littérature concernant le syndrome de Ganzer, le lecteur trouvera des indications : 1° dans la monographie de Paul SCHMIDT (Zur Casuistik des Ganserschen Symptoms), 1904, Leipzig; 2° dans le travail de WEDENSKY (*Comptes rendus de la Société de Neuropathologie et de Psychiatrie de Moscou*, Séance du 21 mai de 1904); 3° chez J. WORSTER (Ueber hysterische Dämmerzustände und das Vorbeireden. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 1904, März).

Voir : a) GANZER. Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. *Archiv für Psychiatrie*, Band XXX. b) GANZER. Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustand. *Archiv für Psychiatrie*. c) BINSWANGER. Die hysterie. *Nothnagels spez. Pathologie und Therapie* XII, 1904. d) BINSWANGER. Ueber einen eigenartigen hysterischen Dämmerzustand. *Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie*, Band III. e). CROMER. Gerichtliche Psychiatrie, 1900. f) LUCKE. Ueber das Ganzer'sche Symptom mit Berücksichtigung seiner forensischen Bedeutung. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, LX. g) MOELL. Ueber Hysterie. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, LVIII. h). NISSEL. Hysterische Symptome bei einfachen Seelenstörungen. *Centralblatt für Nervenheilkunde*, 1902, Januar. i) RAECKE. Beitrag zur Kenntniss des hysterischen Dämmerzustandes. *Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie*, Band LVIII. j) WERNICKE. Grundriss der Psychiatrie, 1901. k) WESPHALL. Ueber hysterische Dämmerzustände und das Symptom des Vorbeiredens. *Neurologisches Centralblatt*, 1903, n° 4, n° 2. l) WESTPHALL. Ein Fall von traumatischer Hysterie mit eigenartigen Dämmerzuständen und dem Symptom des Vorbeiredens. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1904, n° 4. m) HENNEBERG. Ueber das Gansersche Symptom. *Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift*, 1904, n° 8, s. 83-84. n) BOBROVSKY-KONOLKO. Un cas d'état hystérique crépusculaire particulier. *Moniteur (russe) neurologique*. 1902, vol. X, fasc. 1.

## ANALYSES

## ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE

1126) **Contribution à l'étude du mécanisme des mouvements volontaires et des Fonctions du Faisceau Pyramidal**, par MARINESCO.  
*Semaine médicale*, 1903, p. 325, n° 40 (15 fig.).

Les conclusions de l'auteur sont tirées de l'observation de deux épileptiques auxquels on avait enlevé une portion assez étendue de l'écorce rolandique.

Les manifestations observées dans ces deux cas peuvent être définies de la façon suivante : paralysie motrice, hypotonie ou contracture de certains groupes musculaires, mouvements synergiques, exagération des réflexes tendineux, abolition des réflexes cutanés et signe de Babinski, atrophie musculaire, troubles de la sensibilité.

Les troubles de la motilité volontaire consistent dans la diminution considérable de la force musculaire, portant plus sur certains groupes que sur d'autres. Tout



d'abord, ces troubles sont plus marqués à l'extrémité qu'à la racine du membre. Au membre supérieur, les mouvements d'opposition sont entièrement abolis; l'extension des diverses jointures est beaucoup plus diminuée que leur flexion. Les mouvements actifs des extenseurs, à la main, au poignet et au coude, se font très incomplètement et sans énergie. Les mouvements spécialisés de la main, à savoir : l'écriture, la préhension, l'acte de se boutonner, sont presque entièrement perdus; il s'agit là d'une véritable paralysie, et non d'une paralysie apparente. Au membre inférieur, ce sont les fléchisseurs qui sont les plus atteints.

Si on compare les troubles produits chez ces malades par l'ablation unilatérale plus ou moins complète de l'écorce cérébrale motrice avec ceux que l'on constate dans les mêmes conditions chez l'animal, on voit qu'il existe entre eux quelque ressemblance : dans les deux cas, il y a perte des mouvements isolés (flexion, extension, abduction et adduction du pouce et des doigts); mais il y a, en outre, chez ces deux malades une véritable paralysie des extenseurs du membre supérieur, qui va en décroissant de la racine vers l'extrémité du membre.

Il y a encore une certaine rigidité dans les articulations des segments paralysés, et quelques mouvements volontaires ont un caractère spasmodique. Un autre phénomène intéressant à noter est l'existence de mouvements associés multiples. L'auteur signale encore, chez ses malades, l'exagération des réflexes tendineux, le signe de Babinski, l'abolition des réflexes cutanés du côté paralysé, des troubles du sens musculaire et de la sensibilité tactile, et enfin de l'atrophie musculaire.

Ni l'exagération des réflexes tendineux, ni la contracture, ni les mouvements associés ne peuvent être considérés comme des phénomènes immédiats résultant de la suppression fonctionnelle du faisceau pyramidal. C'est la paralysie flasque qui apparaît tout d'abord; puis, quand une certaine motilité est survenue, se développent la contracture et les mouvements associés. Ces deux derniers troubles sont donc tardifs.

Bref, les lésions destructives de la zone rolandique chez l'homme, et par conséquent la dégénération du faisceau cortico-spinal, s'accompagnent d'une diminution considérable des mouvements volontaires, allant même jusqu'à l'abolition complète pour quelques-uns.

Les différents segments du corps, et les divers groupes musculaires de ce segment, ne sont pas innervés d'une façon égale par l'écorce cérébrale et par les centres sous-corticaux. Les extenseurs du membre supérieur, surtout ceux de la main — et en particulier, parmi ceux-ci, les muscles qui président aux mouvements d'opposition — paraissent en effet soumis à l'influence du cerveau d'une manière plus immédiate que les fléchisseurs. La destruction du centre cortical de la main entraîne des perturbations profondes dans les différentes fonctions de cet organe, et spécialement la paralysie des extenseurs et la perte des mouvements d'opposition.

Sur le cerveau d'un sujet ayant subi la même opération et présentant les mêmes troubles, on voyait que l'écorce cérébrale motrice était presque complètement détruite. Il semblerait donc que les lésions superficielles, limitées à l'écorce, seraient seules capables de réaliser l'hémiplégie spéciale observée chez ces deux malades. Si la lésion est plus profonde et intéresse la substance sous-corticale, l'hémiplégie est plus grave et ne se différencie pas des hémiplégies vulgaires.

A. SOUQUES.

**1127) Le Faisceau de Türk (faisceau externe du pied du pédoncule),**  
par PIERRE MARIE et G. GUILLAIN. *Semaine médicale*, 1903, p. 229, n° 28 (21 fig.).

Travail important basé sur dix-neuf observations de dégénération du faisceau de Türk. Dans la plupart des faits relatés on peut voir que la lésion déterminant la dégénération du faisceau de Türk est plus ou moins étendue, et intéresse tantôt l'écorce et la substance blanche des circonvolutions temporales, tantôt les fibres formant la paroi inféro-externe du prolongement sphénoïdal du ventricule. Cette dernière lésion paraît être relativement commune.

Il importe que les lésions destructives ne soient pas haut situées, mais qu'elles portent sur la région thalamique inférieure et sous-thalamique de la capsule interne, car le faisceau de Türk n'apparaît que dans cette partie du névraxe.

Le faisceau de Türk a son origine dans le lobe temporal. Les fibres de ce faisceau proviennent, pour la plus grande partie, de la troisième circonvolution temporale. Sans doute quelques fibres viennent de la deuxième et peut-être même de la première; mais le contingent le plus important provient de la troisième temporale. La terminaison inférieure de ce faisceau est difficile à préciser; ses fibres s'épuisent progressivement, et sur les coupes de la région protubérantielle inférieure on ne les retrouve plus. C'est donc bien un faisceau temporo-protubérantiel.

Il n'a été possible ni de spécifier d'une façon exacte les groupes cellulaires avec lesquels il entre en connexion, ni de savoir la signification physiologique de ce faisceau.

A. SOUQUES.

**1128) L'origine du Tractus Isthmo-strié (ou bulbo-strié) du Pigeon**  
(Der Ursprung des Tractus isthmo-striatus — oder bulbo-striatus — der Taube),  
par ADOLPHE WALLENBERG (de Dantzig). *Neurol. Centralbl.*, n° 3; 1<sup>er</sup> février 1903, p. 98.

Wallenberg (*Neurol. Centralbl.*, 1898, p. 300) a décrit sous le nom de « tractus isthmo-strié ou bulbo-strié » une voie de conduction centripète allant chez le pigeon de la partie postérieure du cerveau aux portions fronto-basales du corps strié ou, plus sûrement, du cerveau antérieur. De nouvelles recherches lui ont montré que l'origine de ce faisceau est dans le noyau terminal du trijumeau sensitif : le noyau où aboutit le trijumeau sensitif est donc en relation directe chez les oiseaux avec la base du cerveau antérieur sans relai dans le thalamus.

A. LÉNI.

**1129) Un Réflexe Auriculaire** (Ein Ohrreflex), par ALTER. *Neurol. Centralbl.*, n° 3, 1<sup>er</sup> février 1903, p. 113.

En frappant sur la peau qui recouvre la branche montante du maxillaire inférieur droit chez un hémiplegique gauche avec paralysie faciale droite, Alter a obtenu une secousse de l'oreille droite avec traction en haut et en arrière. Il ne s'agissait pas d'une excitation des nerfs moteurs des muscles de l'oreille, mais d'un vrai réflexe cutané, car une simple excitation sensitive, une piqure, le contact d'un corps chaud ou froid, provoquaient le même mouvement de l'oreille.

Ce réflexe a été retrouvé chez 6 paralytiques, quatre fois unilatéral, deux fois bilatéral; il n'a pas été retrouvé chez un grand nombre d'autres sujets soit normaux, soit paralytiques, pas même chez un sujet atteint de paralysie faciale d'origine centrale. Alter admet cependant qu'il peut se rencontrer peut-être

physiologiquement chez des personnes qui ont la musculature auriculaire très développée. Il ne tire aucune conclusion sur la valeur de ce réflexe.

A. LÉRI.

- 1130) **Sensibilité au Contact et à la Douleur et sa Distribution normale sur la Peau de l'homme**, par KOULBINE. IX<sup>e</sup> Congrès des médecins russes, Saint-Petersbourg, 1904.

L'auteur a étudié les sensations qu'on perçoit à l'introduction, de différentes manières, d'une aiguille dans les enveloppes du corps humain : 1<sup>o</sup> la sensation du contact ; 2<sup>o</sup> la sensation de la piqure non douloureuse, lorsque l'individu reconnaît la forme aiguë de l'objet qui le pique, et 3<sup>o</sup> la sensation de la douleur. A l'examen des régions cutanées et des enveloppes muqueuses, accessibles à l'investigation, l'auteur définit, à l'aide de son esthésiomètre, le degré de chacune des sensations. Cette investigation sert : 1<sup>o</sup> à la définition de la capacité de l'homme à l'analyse des sensations qu'il perçoit ; et 2<sup>o</sup> à la définition de la sensibilité. Le procédé principal des recherches sur la sensibilité tactile et douloureuse consiste dans la mesure de la profondeur de la piqure. Ensuite, l'auteur fait une étude du rapport régulier existant entre la force de l'excitation et le degré de la sensation et il mentionne d'autres procédés pour vérifier les formules de ce rapport. Il examine encore les différences qualificatives des sensations, perçues à l'excitation de différentes régions du corps ; les différences qu'on observe à l'examen de la sensibilité par les instruments de différentes formes, etc. Dans son travail, l'auteur présente les données concernant la distribution de la sensibilité chez les personnes normales, exprimées en unités instituées par lui. La recherche de la sensibilité tactile et de la sensibilité douloureuse doit être pratiquée au moyen d'appareils spéciaux très justes.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1131) **Comment se modifie la Réaction de la Pupille à l'Atropine à la suite de l'usage prolongé de cette substance. Contribution à l'étude de l'Adaptation**, par V. STEFANI. *Archives italiennes de Biologie*, vol. XLI, fasc. 4, p. 4-46, mars 1904.

Expériences sur des chiens et des chats jeunes et adultes, sur des hommes adultes. — La condition productrice de l'adaptation se développe et reste localisée dans les éléments qui ont une affinité spécifique, et seulement dans ceux d'entre eux qui ont été soumis à l'action suffisamment prolongée de la substance. L'adaptation semble liée à une circulation plus rapide de la substance dans l'intimité des éléments. — A un premier stade, on observe une accélération dans l'apparition et un raccourcissement dans la durée de l'action. A un second stade, on observe un retard dans l'apparition, une diminution dans l'intensité, et une abréviation ultérieure dans la durée de l'action. La réaction d'adaptation du premier stade rappelle la réaction naturelle de l'individu jeune. — L'adaptation ne modifie pas substantiellement la qualité de la réaction ; elle en modifie seulement l'intensité. Au bout de quelque temps, la réaction diminue, et elle continue à diminuer progressivement. Toutefois cette diminution s'arrête à un certain point, et alors le degré de la réaction reste constant.

F. DELENI.

- 1132) **Sur les variations de la Toxicité Urinaire dans la Fatigue**, par G. ASTOLFORI et F. SOPRANA. *Archives italiennes de Biologie*, vol. XLI, fasc. 1, p. 46-59, mars 1904.

Les propriétés de l'urine fatiguée (action myotique, action antidiurétique,

action convulsivante) sont dissociables si l'on fait varier les conditions de la fatigue. Alors que la plupart des toxines de la fatigue sont rapidement éliminées, celle qui produit le myosis est longtemps persistante. — C'est que l'urine toxique de la fatigue contient des toxines entre elles distinctes.

F. DELENI.

- 4133) **La Greffe Thyroïdienne chez l'homme**, par le Prof. H. CRISTIANI. *Semaine médicale*, an XXIV, n° 41, p. 81, 16 mars 1904.

La greffe thyroïdienne est possible chez l'homme et l'on peut obtenir par ce moyen des organes néothyroïdiens permanents, aussi bien que chez les animaux. Les résultats sont excellents quand on emploie comme semence du tissu thyroïdien normal; ils sont positifs lorsqu'on se sert de glandes peu altérées; ils sont nuls pour des thyroïdes pathologiques.

FEINDEL.

- 4134) **Recherches chimiques sur l'appareil Thyroïdien**, par MM. JEAN CHENU et ALBERT MOREL. *Académie des Sciences*, 25 avril 1904.

L'analyse chimique permet de différencier le corps thyroïde des parathyroïdes externes, celles-ci contenant beaucoup moins d'iode. Les fonctions des parathyroïdes doivent mettre en jeu autre chose que l'iodothyrique; le rôle de cette substance reste limité aux fonctions du corps thyroïde.

E. F.

- 4135) **Sur la Sécrétion Graisseuse de la Glande Hypophysaire**, par A. LAUNOIS. *Association des Anatomistes*, 6<sup>e</sup> réunion tenue à Toulouse du 28 au 30 mars 1904.

Toutes les cellules de la glande sécrètent une graisse qui naît en fines gouttelettes; celles-ci se rassemblent en amas mûriformes au voisinage de gouttes colloïdes. Cette graisse passe dans les vaisseaux sanguins et lymphatiques, où on la retrouve soit en fines gouttelettes, soit en granulations à l'intérieur des leucocytes. Cette sécrétion est certainement physiologique chez l'homme; on la retrouve chez l'animal sain.

E. F.

- 4136) **Sur la durée des Impressions Lumineuses sur la Rétine. Diapason à longues périodes variables pour mesurer la durée des impressions lumineuses**, par MAURICE DUPONT. *Société de Biologie*, 25 avril 1903.

L'auteur a été amené par ses recherches sur le *Réflexe lumineux* à se demander s'il n'y aurait pas intérêt à déterminer quelle est la durée de persistance des impressions lumineuses sur la rétine à l'état normal et dans les états pathologiques. Il suppose que la durée d'une impression lumineuse doit être subordonnée à l'état d'intégrité des centres nerveux. « Si bien que des variations dans la durée d'une impression lumineuse d'une intensité donnée peuvent être interprétées comme un *signe* nouveau à rapporter à des lésions déterminées. »

Aussi pour déterminer (ce qui n'a pas été fait avant lui) : 1° la durée normale des impressions lumineuses sur la rétine; 2° les variations pathologiques qui peuvent se produire, M. Maurice Dupont a combiné un appareil dans la description duquel nous ne pouvons entrer ici, mais à l'aide duquel il cherchera à déterminer « les variations normales et pathologiques que peut présenter la durée de la persistance des images sur la rétine, pour les rapporter à des lésions déterminées, en passant en revue successivement les rayons colorés du spectre pour attacher à chacun d'eux un coefficient particulier ».

F. PATRY.

- 1137) **Sur le Réflexe de l'Orbiculaire de Westphal-Piltz** (Z. L. vom Westphal-Piltz Pupillenphenomen), par RAECKE (Francfort). *Journal für Psychologie u. Neurologie*, t. II, f. 5, déc. 1903 (4 p., 2 obs.).

C'est Galassi qui a le premier en 1887 décrit le phénomène du rétrécissement de la pupille dans l'occlusion des paupières. Il pensait que l'exagération du phénomène (qui à l'état normal est voilé par la réaction à la lumière) se produisait dans la paralysie périphérique incomplète du nerf oculo-moteur commun et peut servir par conséquent à distinguer une paralysie périphérique d'une centrale. Elle marquerait le début de l'amélioration. Mais Kirchner a prouvé que ce phénomène se produisait chez des amaurotiques complets, et que d'autre part sa fréquence dans le tabes et la paralysie générale donne à croire à son origine centrale. Raecke donne un cas où le phénomène existait dans une paralysie périphérique et un autre où il manquait dans une paralysie centrale (ramollissement). Il a constaté dans son premier cas et chez des paralytiques, qu'à l'encontre de l'avis de Piltz il n'y a pas de phénomène de l'orbiculaire consensuel.

M. TRÉNEL.

- 1138) **Recherches expérimentales sur la Mort dans un cas d'Hémiplégie**, par VASCHIDE et VURPAS. *Revue de Psychiatrie*, mars 1904, p. 105.

Étude sur l'état somatique de ce mourant, concluant à la mort par étapes, en plusieurs temps.

THOMA.

- 1139) **Sur la structure fine des Corps de Negri dans la Rage**, par G. VOLPINO. *Gazzetta medica italiana*, 31 mars 1904.

Les corps de Negri sont spécifiques de la rage ; mais d'une part ils n'ont pas les caractères des protozoaires ; d'autre part les éléments capables de transmettre l'infection sont extrêmement petits, puisqu'ils traversent les filtres. Volpino croit que les corps de Negri sont réellement des formations qui dépendent du virus rabique et que les corpuscules d'une grande finesse qu'il a décrits dans l'intérieur de l'espace clair de ces corps peuvent être les éléments infectieux.

F. DELENI.

- 1140) **La Sympathectomie cervicale dans ses rapports avec le développement et la marche de la Tuberculose Oculaire expérimentale**, par BINDO DE VECCHI et COLOMBO. *Riforma medica*, an XX, n° 44, p. 369, 6 avril 1904.

Du côté où le sympathique cervical a été réséqué, la tuberculose inoculée dans l'œil du lapin se développe d'une façon anormale (leucocytose très abondante, homogénéisation des parois des vaisseaux, nombreuses cellules géantes).

F. DELENI.

- 1141) **Contribution à l'étude des Mouvements de l'Iris après la résection du Nerf Optique chez les Mammifères**, par TCHIRKOVSKY. *Moniteur (russe) neurologique*, 1903, fasc. 4, p. 175-180.

La réaction de Morenhi chez les lapins n'est pas une réaction lumineuse ; sur l'œil de ces animaux, qui est atteint d'amaurose, la pupille manifeste des mouvements dépendant de l'activité du muscle, élargissant la pupille et qui sont possibles, si le nerf sympathique est conservé.

SERGE SOCKHANOFF.

- 1142) **Sur une Voie efférente Encéphalo-spinale chez l'Emys Europæa**, par GILBERTO ROSSI. *Archivio di Fisiologia*, an I, fasc. 3, p. 334, mars 1904.

Chez cette tortue il n'y a qu'une voie longue encéphalo-spinale; elle est thalamo-spinale et elle court dans le cordon antérieur de la moelle jusqu'au renflement lombaire.

F. DELENI.

- 1143) **Des Nerfs du Cœur**, par JOUCQ. *Questions (russes de médecine neuro-psychique*, 1903, fasc. 3, p. 357-365, avec 3 figures.

Toutes les fibres nerveuses, observées sur la surface des ventricules, se dirigent vers le sommet du cœur; quelques-unes d'entre elles entourent le cœur, en formant une spirale.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1144) **Sur le Temps de Réactions aux Excitations Electro-cutanées d'Intensité progressivement croissantes**, par V. CAPRIATI. *Annali di Neurologia*, 1903, fasc. 5-6, p. 403-411.

La diversité des résultats obtenus est rapportée par l'auteur aux variations de la réflectivité individuelle.

F. DELENI.

- 1145) **Action des Centres Spinaux sur la Tonicité des Muscles Respirateurs**, par A. MOSSO. *Archives italiennes de Biologie*, vol. XLI, fasc. 4, p. 411-437, mars 1904.

Expériences d'une interprétation délicate conduisant à la conclusion que les centres nerveux qui régissent la tonicité des muscles thoraciques et du diaphragme sont indépendants entre eux, qu'ils ont des sièges différents dans la moelle allongée et dans la moelle épinière, et que, dans chacun de ces sièges, les cellules qui président à la tonicité des muscles du thorax et du diaphragme fonctionnent d'une manière indépendante.

F. DELENI.

- 1146) **Répétition Spontanée à Longs Intervalles des Réactions Réflexes provoquées une première fois par une Réaction Sensitivo-Sensorielle ou Psychique**, par CH.-A. FRANÇOIS-FRANCK. *Société de Biologie*, séance du 20 juin 1903.

Les effets produits sur le cœur, les vaisseaux, la pression artérielle, par une excitation centripète ou corticale, se reproduisent spontanément plus ou moins fidèlement quelques secondes ou même quelques minutes après l'excitation. Cela est mis en évidence par les nombreuses courbes originales, agrandies, photographiquement que l'auteur soumet à la Société.

On y voit qu'après une unique excitation auditive ou sensitive générale « ayant déterminé chez un animal curarisé le resserrement réflexe des vaisseaux, des reins, de la rate, de l'intestin, des extrémités des membres, avec élévation de la pression et accélération du cœur, ce resserrement réflexe se reproduit au même degré ou plus activement une première fois au bout d'une demi-minute, puis plusieurs autres fois après 3, 5 et 10 minutes ».

« Cet ébranlement initial du système nerveux a donc été comme emmagasiné par les centres, et ceux-ci, impressionnés une première fois dans un certain sens, reproduisent exactement le type de la première manifestation réactionnelle, sans y être de nouveau sollicités ».

M. François Franck tire de ces expériences d'intéressantes considérations sur « l'automatisme apparent des réactions qui semblent spontanées », et des « actes d'habitude ».



Les médecins pourront y voir l'interprétation « des effets durables des stimulations réversives ordinairement assez brèves ».

F. PATRY.

**1147) Dégénérescence et Régénérescence de la Corde du Tympan chez un Chien à fistule sous-maxillaire permanente**, par LUCIEN MALLOISEL. *Société de Biologie*, séance du 16 mai 1903.

Le 11 avril 1902, M. Malloisel sectionne la corde du tympan chez un chien porteur depuis un mois d'une fistule sous-maxillaire permanente. Le bout glandulaire de la corde est lacéré sur une étendue d'un centimètre sans résection nerveuse. Aucune excitation « réflexe », gustative, olfactive ou psychique ne provoque la salivation.

C'est seulement deux mois après, le 8 juin, que la viande crue et le sel, provoquent une sécrétion, mais trois et quatre fois plus faible que chez un chien normal. Cette sécrétion salivaire s'écoulait lentement, visqueuse, jaunâtre, très opaque. Sa teneur en mucine n'est guère différente de la normale.

Un mois après, le 15 juillet, la sécrétion avec le sel est presque normale.

Trois mois après, soit sept mois après la section et la lacération du nerf, la sécrétion par la viande et le sel se produit comme chez un chien normal. Une incision contre la fistule montre la corde anatomiquement régénérée à sa place.

Les différentes salivations s'étant successivement et non simultanément rétablies, les filets sécrétoires correspondant aux différentes salives seraient-ils différents?

F. PATRY.

**1148) Sur la mesure du Tonus Musculaire**, par G. CONSTENSOUX et A. ZIMMERN. *Soc. de Biologie*, séance du 6 juin 1903.

L'appréciation de l'état du tonus musculaire chez les nerveux est de première importance, en cas de troubles moteurs. Et pourtant le procédé employé en clinique est insuffisant et les appareils construits sous le nom de *tonomètres* sont passibles de divers reproches. Le *myophone* de Boudet de Paris est plus ingénieux, mais son emploi est délicat; aussi les auteurs ont-ils tenu à trouver le moyen d'enregistrer par la méthode graphique les sons qu'il fournit sur le tonus provoqué par l'excitation électrique des muscles dont le tonus est altéré et ceux fournis par les muscles normaux. L'identité des graphiques dans l'un et l'autre cas est complète. D'où de nombreuses mesures, effectuées d'après lesquelles MM. G. Coustensoux et A. Zimmern croient pouvoir admettre que « le nombre des excitations nécessaires pour la tétanisation d'un muscle paraît varier avec l'état du tonus de ce muscle, ce nombre augmentant quand le tonus diminue, s'abaissant quand le tonus augmente. »

F. PATRY.

**1149) Congestion active du Rein déterminée par l'Excitation Centripète des Filets et du Tronc du Pneumogastrique**, par CH.-A. FRANÇOIS-FRANCK. *Société de Biologie*, séance du 20 juin 1903.

Rappelant ses communications déjà faites à la Société dès 1878, sur les innombrables réactions que provoquent les diverses excitations du pneumogastrique et de ses branches, M. François Franck insiste sur « la congestion active, souvent très importante et durable, survenant dans le rein à la suite d'une excitation subie par telle ou telle branche du pneumogastrique ». Les filets abdominaux du pneumogastrique, les filets pulmonaires, sont particulièrement aptes à provoquer cette réaction rénale vaso-dilatatrice. Au contraire l'excita-

tion centripète du laryngé supérieur détermine l'énergique vaso-constriction réflexe du rein. Il y a donc la une véritable spécificité réflexe différente de celle des nerfs sensibles généraux et sympathiques dont la réaction est nettement vaso-constrictive; à ce point de vue le laryngé supérieur se rapprocherait des nerfs cutanés et de la plupart des filets du sympathique.

« Cet effet particulier à la presque totalité des branches sensibles du nerf vague peut rendre compte de certains troubles de la fonction rénale (polyurie, albuminurie) observés sans lésions rénales chez des malades souffrant d'affections douloureuses dans les territoires innervés par les filets sensibles du nerf vague ».

F. PATHY.

### ANATOMIE PATHOLOGIQUE

- 1150) **De l'anatomie pathologique dans la Fièvre Intermittente pernicieuse**, par PIEVNITZKY. *Travaux de la clinique des maladies mentales et nerveuses de Saint-Petersbourg*, 1903, fasc. 2, p. 1-184, avec une table des figures.

On observe dans le cerveau et dans le cervelet, dans les formes pernicieuses de la fièvre paludéenne, les phénomènes suivants : un gonflement très fort des vaisseaux de la pie-mère; l'œdème, s'exprimant par l'élargissement des espaces sous-arachnoïdiens, périvasculaires et péricellulaires; le remplissement du réseau capillaire par une masse de globules rouges altérés, ce qui est accompagné par la formation d'une quantité considérable d'hémorragies ponctiformes dans la substance grise du cerveau et sur la limite de la substance grise avec la substance blanche et par la présentation de cellules nerveuses aux différents stades des processus dégénératif et nécrotique.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1151) **Les modifications Dégénératives primitives du Système Nerveux dans la Syphilis**, par KOTELEVSKY. *Questions (russes) de médecine neuro-psychique*, 1903, fasc. 4, p. 348-366, avec une table de figures colorées.

Deux ou trois mois après l'infection, la syphilis peut provoquer des phénomènes dégénératifs dans l'appareil neuro-musculaire; la tachycardie dépend parfois chez les syphilitiques de l'altération du nerf pneumogastrique. L'alcoolisme rend la syphilis plus pernicieuse.

SERGE SOUKHANOFF.

- 1152) **Hypertrophie du Corps Thyroïde** (Hipertrofia del cuerpo tiroïdes), par R. LOZANO (de Saragosse). *Revista frenopatica espanola*, Barcelone, avril 1904, p. 113-121 (4 photogr.).

Travail d'ensemble sur les goîtres à propos de deux cas récemment opérés par l'auteur.

F. DELENI.

- 1153) **Endartérite dans la Sclérose en Plaques**, par ROSENFELD (Strasbourg). *Archiv. f. Psychiatrie*, t. XXXVIII, f. 2, 1904 (13 p., 1 obs., 6 fig.).

Sclérose en plaque typique cliniquement et microscopiquement. De plus, il existe des foyers de ramollissements multiples des ganglions de la base et une endartérite oblitérante du type Heubner dans le domaine de la sylvienne. Rosenfeld ne décide pas s'il s'agit là sûrement d'une lésion syphilitique. Il note de plus des signes d'une inflammation chronique ou subaiguë : léger épaississement des méninges médullaires, infiltration cellulaire des septa, augmentation des éléments

cellulaires dans les parties de la moelle riches en vaisseaux. Rosenfeld passe en revue les cas de sclérose en plaques où l'on a noté des lésions concomitantes de syphilis.

M. TRÉNEL.

1134) **Les Cellules Nerveuses du Sympathique, des Ganglions plexiformes, des Noyaux centraux du Vague dans la Pneumonie expérimentale**, par G. PARIANI. *Rivista di Patologia nervosa e mentale*, vol. IX, fasc. 3, p. 120, mars 1904.

Alors qu'à la suite de l'action des vapeurs de brome et de la pneumonie qu'elles déterminent, les centres bulbaires du pneumogastrique et les ganglions plexiformes ne réagissent pas, les cellules des ganglions du sympathique présentent la réaction à la section du cylindre.

F. DELENI.

1135) **Torticollis Congénital avec examen histologique du système nerveux**, par GALLAVARDIN et SAVY. *Lyon médical*, 22 nov. 1903.

Homme de 60 ans, avec torticollis congénital et hémiatrophie craniofaciale. A l'autopsie, le chef sternal du sterno-mastoidien était raccourci et transformé en une corde tendineuse, tandis que le chef claviculaire ne présentait que de l'atrophie simple : il n'y avait pas trace d'hématome ancien ni d'adhérences périmusculaires. L'examen histologique ne montrait aucune lésion dans le système nerveux périphérique; il n'y en avait pas non plus dans le noyau bulbaire du spinal. Par contre, il existait une atrophie très marquée de la corne antérieure de la moelle cervicale supérieure (noyau cervical du spinal).

Les auteurs éliminent donc l'étiologie par lésion musculaire locale (traumatique ou infectieuse) ou par lésion névritique. Mais ils ne se prononcent pas catégoriquement sur la signification exacte de la lésion médullaire. Une première hypothèse est de regarder cette lésion médullaire comme primitive et tenant sous sa dépendance les altérations musculaires et l'hémiatrophie craniofaciale : ce serait l'analogue de la paralysie infantile. Mais il est possible aussi que cette lésion ait seulement la valeur d'une atrophie rétrograde consécutive à la lésion primitive du muscle.

M. LANNOIS.

1136) **Un cas d'Anémie pernicieuse avec Altérations anatomiques dans le Système Nerveux central**, par MARGOULISS. *Journal (de Korsakoff) de Neuropathologie et de Psychiatrie*, 1903, livre VI, p. 1142-1152.

Anémie pernicieuse; à l'examen microscopique du cerveau et de la moelle épinière on trouva les modifications suivantes : 1° des phénomènes de chromatolyse, une coloration très intense des noyaux, une dégénérescence pigmentaire et grasseuse dans les éléments nerveux; 2° des foyers de cylindraxs gonflés; 3° des foyers du tissu nerveux raréfié; 4° des hémorragies ponctiformes et des foyers nécrotiques; 5° l'infiltration de l'adventice des vaisseaux par des cellules rondes. Ces modifications ne sont pas spécifiques pour l'anémie pernicieuse.

SERGE SOUKHANOFF.

1137) **Contribution à l'étude des modifications dans le Système Nerveux central dans la Polynévrite Alcoolique**, par GUILAROVSKY. *Journal (de Korsakoff) de Neuropathologie et de Psychiatrie*, 1904, livre I-II, p. 97-98, avec figures colorées.

Dans la polynévrite, non seulement le système périphérique, mais aussi le système central est altéré. Les modifications dans la moelle épinière sont en partie

de caractère secondaire (chromatolyse), en partie de caractère primaire ; les modifications des cellules de l'écorce cérébrale ne présentent rien de caractéristique et sont analogues à celles qu'on observe dans les psychoses en général. La particularité, non notée encore dans la littérature, appartenant à cette maladie et constatée par l'auteur dans ses deux cas, c'est la modification du sang avec le caractère de la dégénérescence hyaline ; cette modification s'observe, en général, de préférence dans divers processus toxiques et infectieux, et aussi dans la chorée et d'autres maladies.

Cette altération des éléments du sang aurait un grand rôle dans la pathogénie de la psychose.

SERGE SOUKHANOFF.

1158) **L'évolution des idées en Tératologie**, par E. RABAUD. *Revue scientifique*, 26 mars 1904, p. 392-400.

L'état normal ne représente qu'un cas particulier, qu'une forme qui a prévalu parmi toutes les formes possibles, cette forme normale n'est pas nécessaire, et précisément toutes les autres formes, dites états anormaux, ne font que nous révéler la plasticité de la substance vivante, sa faculté de se transformer ; la forme est contingente, elle est la conséquence des actions des milieux et des réactions que ces milieux provoquent.

FEINDEL.

## NEUROPATHOLOGIE

1159) **Contribution à l'étude de l'Encéphalomyélite disséminée** (Ein Beitrag zur Lehre der Encephalomyelitis disseminata), par BAUCKE (de Bonn). *Neurol. Centralbl.*, n° 3 et 4, 1<sup>re</sup> et 15 février 1903, p. 109 et 158.

Observation clinique et anatomique d'un cas d'encéphalo-myélite disséminée. L'affection paraît s'être développée chez une femme à hérédité nerveuse chargée, atteinte elle-même de démence précoce et de troubles hystériques, par suite d'une escarre de decubitus provoquée par un appareil plâtré appliqué après redressement d'une pseudo-luxation hystérique. Douleurs des extrémités inférieures et du tronc, paralysie des membres inférieurs, paralysie des sphincters, tardivement paralysie du membre supérieur droit : mort au bout de quatre mois. A l'autopsie, foyers infectieux disséminés à des stades divers dans l'encéphale et dans la moelle.

A. LÉRI.

1160) **Névrite Rétrobulbaire**, par JACOQ. *Congrès d'Opht. de Paris*, 1903.

Une femme de 38 ans, sujette aux migraines, surtout du côté gauche, est atteinte d'ophtalmoplégie de l'œil gauche avec ptosis complet. La musculature interne est intacte. Les accidents oculaires disparaissent progressivement. Nouvelle diplopie au bout d'un mois, mais cette fois la diplopie dure seulement trois jours. La migraine persiste. Diminution considérable de la vision  $V = 1/10$ . Dyschromatopsie. Scotome central. Réactions pupillaires normales. Pas de lésions du fond de l'œil appréciables à l'ophtalmoscope. Cinq mois plus tard, la papille était atrophique. L'étiologie et la pathogénie de cette atrophie papillaire échappent à l'auteur. Une lésion au niveau de la fente sphénoïdale expliquerait bien les symptômes oculaires, n'était l'intégrité de la musculature interne.

PÉCHIN.

- 1161) **Névrite Optique consécutive à l'Intoxication Saturnine : terminaison par atrophie des nerfs optiques**, par CHEVALIER. *Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'Ophth.*, 1903.

Jeune homme de 25 ans, peintre en bâtiments, saturnin (colique de plomb, encéphalopathie saturnine à forme convulsive, paralysie partielle des extenseurs de la main droite) est atteint de papillo-rétinite des deux yeux qui se termine par l'atrophie optique.

PÉCHIN.

- 1162) **Ophthalmoplégie Congénitale double**, par JACQUEAU. *Soc. des Sciences méd. de Lyon*, avril 1903.

Petit malade de 10 ans, dont les globes oculaires sont à peu près immobiles, par défaut de fonctionnement des muscles innervés par la IV<sup>e</sup> et la VI<sup>e</sup> paire, ainsi que d'une partie de ceux qui sont tributaires de la III<sup>e</sup> paire (petit oblique et droit interne). L'affection avait été constatée par les parents dès la première enfance.

Jacqueau croit plutôt à une lésion congénitale portant sur la musculature externe de l'œil que sur les noyaux d'innervation de ces muscles.

M. LANNOIS.

- 1163) **Guerison d'une Hémianopsie** (Ein Fall vollständig geheilter Blindheit-Hemianopsie), par TSCHIRJEW (Kiew). *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXVIII, f. 2, 1904 (15 p.).

Homme de 22 ans, de taille géante (1<sup>m</sup>92). A la suite d'une chute sur la tête, diminution progressive de l'acuité visuelle, enfin hémianopsie avec conservation d'un minime champ visuel, signe de Romberg, diminution extrême des réflexes rotuliens. Pas de lésion de la papille, diminution du réflexe lumineux, inégalité pupillaire; puis céphalée, fourmillements à l'occiput, au dos, aux mains.

Tschirjew repousse le diagnostic d'acromégalie et suppose une pachyméningite hémorragique suivie d'un gliome (?). Un traitement mercuriel amena la disparition progressive des troubles visuels.

M. TRÉNEL.

- 1164) **Sur les mouvements d'Inclination et de Rotation de la Tête dans le Vertige Voltaïque**, par J. BABINSKI. *Société de Biologie*, séance du 25 avril 1903.

L'auteur rappelle les communications qu'il a faites à la Société de Biologie sur le vertige voltaïque (séances des 20 janvier 1901 et 14 mars 1903). Pour lui « le point d'élection » de l'excitabilité se trouve chez l'homme au-devant du tragus et à sa partie supérieure. Les deux électrodes étaient appliqués, une de chaque côté au point d'élection; un courant dont l'intensité ne dépasse une fraction de milliampère suffit à provoquer chez certains individus une inclination de la tête parfois accompagnée d'un mouvement de rotation sur lequel l'auteur appelle l'attention.

« Pour le faire apparaître, il suffit de modifier la position de l'électrode négative, l'électrode positive restant au point d'élection; de l'abaisser verticalement et de la placer à la partie inférieure du tragus, au-devant du lobule de l'oreille. »

La rotation s'opère du côté opposé au pôle négatif; elle commence au moment de la fermeture du courant, continue après la fermeture lentement « donnant au spectateur l'impression d'un mouvement exécuté volontairement ».

Ce mouvement de rotation a été observé de la manière la plus nette sur une

malade que M. Babinski présente à la Société, et qui est atteinte d'une lésion du système nerveux central donnant lieu à une paralysie unilatérale gauche du voile du palais, de la corde vocale, de la langue, du trapèze, et du sterno-mastoidien. L'électrode positive étant appliquée à gauche sur le point d'élection, l'électrode négative à droite au-devant du lobule, la tête exécute un mouvement de rotation de droite à gauche dont la perfection est due, sans doute, à l'absence de l'action antagoniste du sterno-mastoidien gauche. On ne peut obtenir chez cette malade de rotation de la tête de gauche à droite.

« Le pôle négatif semble jouer dans le mouvement de rotation le rôle essentiel », car, à l'état normal si on place le négatif au point d'élection et le positif de l'autre côté au-devant du lobule, la tête exécute un mouvement d'inclination, *sans rotation*. « Pourtant le rôle du pôle positif ne semble pas passif et il n'est pas indifférent de le placer dans tel ou tel endroit pour obtenir la rotation. »

L'auteur signale de plus les modifications que les lésions auriculaires lui paraissent exercer sur le mouvement de rotation. Dans les lésions de l'oreille droite : *il y a inclinaison de la tête à droite*, quel que soit le sens du courant, quand les électrodes sont appliquées une de chaque côté au point d'élection. *Il y a rotation de gauche à droite* quand l'électrode positive maintenue au point d'élection droit on place l'électrode négative au-devant du lobule gauche. *Il n'y a pas rotation* si l'électrode négative est placée au-devant du lobule droit et l'électrode positive au point d'élection gauche. *Il y a encore rotation de gauche à droite* (et non de droite à gauche), si l'électrode positive placée au-devant du lobule droit, l'électrode négative est maintenue au point d'élection gauche. F. PATRY.

1165) **Sur les Troubles de la Marche et leur valeur clinique** (Das desordenes da Marcha e seu valor clinico), par ALOYSIO DE CASTRO. *Thèse de la faculté de Rio-de-Janeiro*, 1904.

Monographie importante donnant un état très complet de la question de la marche tant au point de vue normal qu'au point de vue pathologique. L'auteur ne s'est d'ailleurs pas borné au simple rôle de vulgarisateur et de critique, il a apporté une contribution personnelle très appréciable consistant notamment en l'édification d'une classification originale des troubles de la marche et en l'étude spéciale de certains de ces troubles tels que le bérubéri. Un certain nombre de figures bien choisies, dont plusieurs originales, achèvent de donner à cette monographie une réelle valeur. Pierre MARIE.

1166) **Artériosclérose du Système Nerveux central, avec relation de cinq cas**, par T. DILLER. *New-York med. journ. and Philad. med. journ.*, 7 mai 1904, p. 878.

Les symptômes peuvent être cérébraux, bulbaires et spinaux à la fois, surtout cérébraux (vertiges), et spinaux (démarche sénile). L'auteur insiste sur la faiblesse et l'incertitude des jambes, l'artério-sclérose généralisée plus ou moins qui font des malades de grands séniles, ne ressemblant que très superficiellement aux tabétiques malgré les troubles des réflexes (souvent abolis, mais presque aussi souvent exagérés). Il n'y a pas de spécificité, pas d'atrophie musculaire, pas de troubles sensoriels. THOMA.

1167) **La Paralysie Périodique Familiale**, par L. CHEINISSE. *Semaine médicale*, 43 avril 1904, p. 413.

Étude d'ensemble de cette affection que l'auteur tend à rapprocher de la caté-



gorie des maladies familiales, de la myopathie et surtout de la maladie de Thomsen. THOMA.

1168) **Mal de Pott; lésions nerveuses consécutives**, par le Prof. RAYMOND. *Journal de Médecine interne*, 1<sup>er</sup> avril 1904, n° 7, p. 97.

Paraplégie semi-spasmodique chez un pottique, avec exagération des réflexes, Babinski positif, atrophie diffuse, gros troubles de la sensibilité. L'intérêt de la leçon est la discussion concernant les altérations médullaires, pachyméningitiques ou autres capables de déterminer les troubles nerveux présentés par le sujet. THOMA.

1169) **Sur la Pachyméningite externe chronique spinale**, par ATTILIO BELARDI. *La Clinica moderna*, an X, n° 12, p. 153, 25 mars 1904.

Un homme de 45 ans souffrait surtout de douleurs en ceinture, d'une rigidité douloureuse particulière de la colonne vertébrale, et de phénomènes radiculaires, dysesthésies et paresthésies. La mort étant survenue par maladie infectieuse intercurrente, on trouva au niveau des deux dernières lombaires et de la première lombaire une virole pachyméningitique. — Historique, étiologie, pathogénie des lésions de ce genre. F. DELENI.

1170) **A propos des lésions des Méningites cérébrales aiguës**, par MAURICE FAURE et LAIGNEL-LAVASTINE. *Arch. gén. de Méd.*, 1904, p. 641 (4 figure, 17 obs.).

En matière de méningite il n'y a pas de parallélisme entre l'intensité de la lésion et la gravité de la maladie. La méningite, dès qu'elle dure, est toujours une méningo-encéphalite ou une méningo-myélite. Dans six cas les lésions cellulaires et pie-mériennes étaient proportionnelles; dans quatre cas les cellules étaient normales, alors que la méninge et le tissu interstitiel étaient malades; dans un cas les cellules étaient atteintes alors que la méninge ne l'était pas. On constate parfois des lésions de méningite sans signe de méningite. Ceux-ci sont ou d'origine corticale ou d'origine méningée (douleur). Les lésions cellulaires légères consistent dans la chromatolyse centrale avec migration périphérique du noyau. Les lésions plus profondes amènent la disparition du noyau (mais non du nucléole), ainsi que des prolongements et des graines chromophiles. On ne connaît pas de lésions spécifiques. P. LONDE.

1171) **Méningite Aiguë Syphilitique rapidement guérie par des Injections de Benzoate de Mercure**, par GALLIARD et D'OELSNITZ. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 18 juin 1903, p. 667.

Observation d'une malade ayant subi récemment un traitement syphilitique, qui fut prise de coma avec phénomènes de contractures des membres. La ponction lombaire fournit un liquide légèrement louche, constitué presque uniquement par des lymphocytes. La température atteignit 38°. Un traitement intensif par le benzoate de mercure eut raison très rapidement des accidents. P. SAINTON.

1172) **Le Liquide Céphalo-rachidien dans les processus méningés subaigus d'origine rhumatismale**, par JEAN LÉPINE. *Lyon médical*, 23 août 1903.

Chez un malade atteint à plusieurs reprises de douleurs rhumatismales et

présentant des signes d'irritation méningée (douleurs lombaires, douleurs des membres inférieurs avec exagération des réflexes, signe de Lasègue et de Kernig, etc.), on fait une ponction lombaire. Le liquide est clair, ne contient que peu d'éléments figurés, dont 60 à 70 pour 100 de lymphocytes, et pas de bacilles.

Quelques heures après, les tubes contenaient un caillot fibrineux, comprenant à peu près la moitié du volume total du liquide. Il y avait donc là une abondance exceptionnelle de fibrine, indice de l'état phlegmasique des méninges.

M. LANNOIS.

4173) **La Névralgie occipitale dans les Angines vulgaires**, par H. VINCENT. *La Presse médicale*, 30 avril 1904, n° 35, p. 273.

Il existe chez un certain nombre de sujets une communication anormale entre le nerf pharyngien et la deuxième racine postérieure dont le nerf occipital d'Arnold n'est que le prolongement immédiat. Cette anastomose plus ou moins complète explique la solidarité que l'on constate parfois entre les branches émanées du II<sup>e</sup> nerf cervical postérieur : nerf occipital et nerfs sensitifs du pharynx. Cette particularité non constante permet aussi d'interpréter pourquoi la névralgie occipitale n'existe pas chez tous les malades atteints d'angine.

Les irradiations douloureuses observées parfois au niveau de la tempe et du cou sont dues à l'anastomose du nerf occipital avec le nerf mastoïdien.

FEINDEL.

4174) **Sur la contracture secondaire du Releveur de la Paupière supérieure dans le cours de la Paralysie Faciale**, par E. BERGER et ROBERT LOEY. *Soc. de Biologie*, séance du 30 mai 1903.

Dans un cas de paralysie faciale gauche *a frigore*, chez une femme de 42 ans, l'affection ayant duré deux mois, les auteurs ont observé une persistance de l'occlusion incomplète des paupières contrastant avec l'amélioration des autres phénomènes de cette paralysie.

La malade ne parvenait pas à fermer volontairement son œil gauche, elle n'abaissait qu'à peine la paupière supérieure de ce côté. Et cependant il suffisait d'abaisser du doigt la paupière supérieure, de maintenir pendant quelques minutes cette occlusion artificielle pour que la malade parvienne ensuite à fermer presque complètement l'œil. Pour les auteurs l'explication du phénomène est simple :

« Par la manœuvre faite, on parvenait à vaincre la contracture du releveur de la paupière supérieure innervée par la III<sup>e</sup> paire, contracture survenue à la suite de la paralysie de son antagoniste, l'orbiculaire des paupières (innervée par la VII<sup>e</sup> paire). » Cette explication est d'ailleurs conforme à celle que l'on donne pour le cas de contracture secondaire des muscles intrinsèques de l'œil quand l'un de leurs antagonistes est paralysé.

FX. PATRY.

4175) **Névrite Typhique**, par SIGISMONDO PASCOLETTI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 13 mars 1904, p. 333.

Polynévrite douloureuse survenue à la fin d'une fièvre typhoïde chez une jeune femme de 20 ans. La paraplégie et l'atrophie musculaire guérissent tout à fait, et rapidement.

F. DELENI.

- 4176) **Un cas de Doplégie Faciale périphérique**, par G. TIENGO. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 27 mars 1904, p. 399.

D'après les symptômes, les deux faciaux sont lésés dans le canal de Fallope. Le malade recevait des injections de substances toxiques (traitement antirabique); une exposition au froid détermina une moindre résistance de l'un et de l'autre facial.

F. DELENI.

- 4177) **Polynévrite Gravidique des gros troncs nerveux**, par M. ETTINGER. *Société d'Obstétrique de Paris*, 19 mai 1904.

Il s'agit d'une malade qui, à la fin du deuxième mois de sa grossesse, présente de la paresse des membres supérieurs sans douleur; les sphincters anal et vésical furent respectés; il n'y eut pas de troubles sensoriels. Plus tard, de la paralysie faciale survint, et enfin apparurent des crises de contractures avec troubles gastriques, indiquant une névrite du pneumo-gastrique.

E. FEINDEL.

- 4178) **Sur la Lèpre de la Moelle Épinière et des Nerfs périphériques**, par H.-D. LIE. *Norsk Magazin for Laegevidenskaben*, 1904, n° 5, p. 526-556. (Résumé en français.)

Après un court exposé historique, Lie décrit vingt cas de lèpre sous ses différentes formes afin de démontrer ses manifestations dans la moelle épinière et les nerfs périphériques.

Les résultats constatés se résument dans les propositions suivantes, qui ne souffrent que peu d'exceptions :

1° Au début de la maladie, les bacilles de la lèpre apparaissent tant dans des taches que dans des nodosités de la peau; mais dans les taches, ils sont fort peu nombreux, tout en provoquant une réaction considérable, eu égard à leur nombre, et en comparaison avec les nodosités.

Par la suite les bacilles de la lèpre disparaissent des taches après un temps plus ou moins long, mais ils continuent leur croissance dans le système nerveux; celui-ci est donc en général infecté par la peau. Il peut cependant y avoir des exceptions.

2° Dans le système nerveux, le nombre des bacilles de la lèpre semble aussi être moindre dans la forme maculo-anesthétique que dans la forme noueuse; cependant la différence est moins grande que pour la peau. Mais chez les maculo-anesthésiques le système nerveux possède aussi une force de réaction contre les bacilles plus grande que chez les noueux. Il en résulte que, chez les premiers, il se produit de temps à autre de véritables guérisons, ce qui est excessivement rare dans la forme noueuse, alors même que ces patients arrivent peu à peu à présenter une apparence analogue à celle des anesthésiques. Chez de pareils lépreux noueux, on a pu retrouver des bacilles de la lèpre jusque cinquante ans après le début de la maladie.

3° Dans le système nerveux, les parties périphériques des nerfs de la périphérie semblent être le séjour de prédilection des bacilles, surtout aux extrémités et dans les cellules ganglionnaires des ganglions spinaux. Ils se présentent moins fréquemment dans les cellules ganglionnaires de la moelle épinière, surtout dans les cornes antérieures; ils se rencontrent d'ailleurs rarement et en nombre extrêmement restreint dans la moelle épinière en général.

On n'a pas réussi à constater leur présence dans les parties centrales des nerfs périphériques.

4° Les nerfs de la périphérie présentent en conséquence deux espèces d'altérations : d'une part, les suites directes de l'invasion des bacilles de la lèpre, la névrite lèpreuse et, d'autre part, les modifications indirectes, qui sont de nature tropho-neurotique.

Dans la névrite lèpreuse, on peut au point de vue pathologico-anatomique distinguer plusieurs formes différentes. Il n'est pas rare, lorsque la réaction a été considérable, de la voir aboutir à des dépôts calcaires dans les foyers de prédilection. Les racines tant antérieures que postérieures de la moelle épinière, mais surtout ces dernières, subissent des altérations lorsque l'affection a duré un certain temps. Les altérations dites tropho-neurotiques dues à la lèpre sont toutefois la conséquence de la névrite périphérique, et non de lésions du système nerveux central.

5° La moelle présente des altérations, tant dans sa substance grise que dans sa substance blanche. Dans la première, ces altérations consistent en divers processus dégénératifs des cellules ganglionnaires : dégénérescence pigmentaire, tigrolyse, formation de vacuoles et pycnose. Il est pourtant rare que ces altérations soient très prononcées; elles le sont surtout dans les formes noueuses plus ou moins invétérées.

Dans la substance blanche, les dégénérescences consistent dans une certaine mesure dans une prolifération du tissu névroglie. Les modifications qui surviennent dans les cordons postérieurs dépendent de la névrite périphérique et se présentent toujours sous une même forme fondamentale, avec de petites variations. Dans le reste de la substance blanche, les altérations sont bien moins prononcées, et d'une nature plus diverse; leur action n'est pas limitée à des systèmes définis, mais semble le plus souvent présenter un caractère dégénératif de passage. Les causes de ces dégénérescences peuvent être diverses. Les altérations de la substance blanche ne se laissent pas constater dans des cas de date récente.

PAUL HEIBERG.

1179) **A propos de deux cas de Tachycardie Alcoolique transitoire**, par TRIBOULET. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 3 avril 1903, p. 374-375.

L'alcool comme divers poisons agit sur le cœur en provoquant de l'accélération des battements : deux observations publiées par l'auteur en témoignent. Le point sur lequel Triboulet insiste est l'avenir des sujets atteints de cette tachycardie. Il n'existe point de lésions des éléments nerveux appréciables; mais il n'en est pas moins vrai que des troubles définitifs peuvent succéder aux précédents et amener l'asystolie et la mort.

*Discussion.* — BARIÉ rapproche les faits de Triboulet de ceux qui ont été observés par Potain et qui montrent que chez les sujets prédisposés il suffit d'une excitation légère (troubles gastriques, infections, intoxications) pour donner lieu à des accidents d'apparence grave; ceux-ci guérissent en général, il s'agit plutôt de troubles fonctionnels que de névrite du pneumogastrique.

THIROLOIX est tenté d'admettre une excitation directe sur la fibre myocardique dont l'alcool exalterait les propriétés de conductibilité, d'excitabilité et de contractilité.

PIERRE MERKLEN considère que les accidents paroxystiques sont d'origine névrosique et que la prédisposition peut être éveillée par trois causes : chocs moraux, irritation réflexe, intoxication.

P. SAINTON.

**1180) Pathogénie nerveuse des Pemphigus chroniques**, par L. POIRRIER.  
*Thèse de Paris, 1904.*

Le rôle pathogénique du système nerveux peut être défendu si l'on étudie comparativement les productions pemphigoides dues aux altérations du système nerveux périphérique et central (névrites périphériques, syringomyélie, etc.), et celles constatées dans les pemphigus chroniques.

Le parallèle démontre que, si ces lésions sont le plus souvent d'origine périphérique dans les affections pemphigoides, elles sont, au contraire, dans la majorité des cas, d'origine centrale, au cas de pemphigus chronique. Cette origine centrale pourrait alors expliquer, à la fois, les bulles, les troubles nerveux, les arthropathies, etc., observés dans les pemphigus chroniques, par le fait de la lésion d'un centre trophique encore inconnu.

FEINDEL.

**1181) Nævus du membre supérieur à distribution Métamérique**, par MOUISSET et VIANNAY. *Soc. des Sc. méd.*, 27 janvier et 3 fév. 1904, *Lyon médical*, 6 mars 1904.

Nævus s'étendant de la racine du membre supérieur gauche jusqu'à la main au niveau de laquelle il dessinait le territoire du nerf médian, avec la même netteté que les figures en couleur des livres d'anatomie. Il était nettement circonscrit dans le domaine des V<sup>e</sup> et VI<sup>e</sup> racines cervicales, empiétant un peu par en haut sur la IV<sup>e</sup>.

M. LANNOIS.

**1182) A propos de quelques cas de Névrodermite chronique linéaire**, par V. MIBELLI. *Lo Sperimentale*, février 1904, p. 29-47.

Discussion des théories émises pour expliquer la distribution linéaire des accidents cutanés, à propos de trois cas avec observations et figures (névrodermite chronique circonscrite de Brocq, prurigo infantile eczémateux, névrodermite psoriasiforme).

F. DELENI.

**1183) Étude sur les Télangiectasies essentielles**, par R. LANCEPLAINE.  
*Thèse de Paris, mars 1904.*

Avec les télangiectasies essentielles, on constate la coexistence de différents troubles trophiques ou même des troubles nerveux graves. Cela est en faveur de la théorie nerveuse de la pathogénie des télangiectasies; mais celle-ci n'explique pas tout et les théories mécanique et toxique renferment une part de vérité.

FEINDEL.

**1184) Sur un cas de Myxœdème chirurgical de l'Adulte considérablement amélioré par l'Iodothyriane**, par PIERRE MARIE et O. CROUZON.  
*Bulletins de la Société médicale des Hôpitaux de Paris*, 18 juin 1903.

Le malade, âgé de 37 ans, vit, à la suite d'une thyroïdectomie pratiquée pour goitre, que son embonpoint augmentait, que son épiderme se détachait par larges lambeaux, que sa parole devenait plus lente. Le traitement consistant en l'ingestion d'iodothyriane à la dose de 50 centigrammes à un gramme fut continué d'abord pendant seize jours; le malade, qui pesait 99 kilogrammes, perdit en cette période de temps 4 kil. 200. L'iodothyriane fut continuée à la dose d'un gramme tous les deux jours pendant un mois environ; on essaya de donner un gramme par jour, mais on dut revenir à la dose primitive d'un gramme tous les deux jours, en raison de l'augmentation de fréquence du

pouls. Le résultat fut une augmentation de l'activité : les cheveux s'accrurent ; le sujet se sentit renaitre.

Fait à noter : avant le traitement il existait 4 gr. 40 d'albumine par litre dans l'urine et cette constatation avait fait hésiter à employer l'iodothyline ; contrairement aux prévisions, l'albuminurie disparut.

Les capsules d'extrait de corps thyroïde frais employées après l'iodothyline n'ont paru amener aucun bien-être et se sont montrées très inférieures à elle.

P. SAINTON.

**4185) Une Complication remarquable d'une attaque de Migraine** (Eine merkwürdige Complication eines Migräneanfalles), par HOEFLMAYER (de Munich). *Neurol. Centralbl.*, n° 3, 1<sup>er</sup> février 1903, p. 102.

Attaque de migraine ophtalmique chez une femme de 57 ans, à la suite de laquelle persista pendant vingt-six jours un hémiscotome et pendant dix jours un état d'épuisement tel que la malade était complètement sans connaissance. Réflexions à propos de ce cas sur l'origine autotoxique de la migraine et sur les causes occasionnelles des complications nerveuses (dans ce cas soucis divers, misère, etc.).

A. LÉRI.

**4186) Hystérie et Épilepsie**, par BRATZ et FALKENBERG (Wuhlgarten). *Arch. f. Psychiatrie*, t. XXXVIII, fasc. 2, 1904 (100 p., 30 obs., bibliogr.).

La majeure partie de cet article est consacrée aux observations qui sont les principales d'entre un millier au moins de malades suivis par les auteurs dans un asile d'épileptiques. On ne peut résumer ces observations données à titre documentaire. Pour conclure, Bratz et Falkenberg n'admettent pas une hystéro-épilepsie, comme affection intermédiaire à l'hystérie et à l'épilepsie ; dans les cas où l'on constate des symptômes des deux maladies, il y a coexistence, addition de ces névroses. D'une façon à peu près générale, on doit admettre que c'est l'épilepsie qui survient la première de l'enfance à la puberté, l'hystérie la compliquant après la puberté, de 1 à 30 ans après les premiers accidents comitiaux. La fréquence de la coexistence est la même qu'indiquait Charcot qui notait, sur 276 cas, 20 hystéro-épileptiques à crises séparées. Bratz et Falkenberg notent dans leur service de convulsifs 31 femmes sur 386, 7 hommes sur 323. Quant à la cause étiologique de la complication si fréquente de l'épilepsie par l'hystérie, elle reste inexpliquée.

M. TRÉNEL.

**4187) Étude d'un cas de Rypophobie**, par P. BLUM. *Arch. gén. de Méd.*, 1904, p. 778, n° 13.

La rypophobie est la peur de la saleté. Cette phobie demande à être distinguée de la folie du doute avec délire du toucher. Chez la malade observée par l'auteur, la manie de se laver sans cesse est la conséquence logique d'une crainte de la saleté dont l'origine est auto-suggestive. La jeune fille en question n'a jamais eu l'angoisse du doute. La guérison est due à la substitution de la peur du ridicule à la peur de la saleté.

P. LONDE.

**4188) Fracture incomplète de l'Olécrane et Névrose Traumatique**, par JACQUES DELAGE. *Arch. gén. de Méd.*, 1904, p. 279.

Réapparition à propos d'une fissure incomplète de l'olécrane d'une névrose traumatique dont le malade avait déjà subi des atteintes.

P. LONDE.



4189) **Production expérimentale de l'Épilepsie et particulièrement du coma épileptique par les Courants de Leduc**, par A. ZIMMERN et G. DIMIER. *Société de Biologie*, séance du 13 juin 1903.

La faculté de répondre épileptiquement n'appartient pas seulement aux excitations faites sur la substance cérébrale mise à nu. Le courant voltaïque intermittent de basse tension, bien connu depuis les intéressants travaux du professeur Leduc, en raison de sa très grande puissance de pénétration est capable d'exercer une action profonde sur les centres nerveux au travers même de la calotte osseuse. Suivant les conditions expérimentales où on se place, on pourra provoquer tantôt des phénomènes moteurs, tantôt des équivalents moteurs, tantôt des phénomènes d'inhibition répondant indiscutablement à la période de coma du mal comitial. On place le pôle négatif sur la tête, le positif sur la région lombaire; les électrodes sont en terre glaise de façon à assurer le meilleur des contacts, garanti d'ailleurs par le fait qu'on a rasé au préalable les points d'applications. De leurs différentes expériences faites sur le lapin, le chien et la chèvre, les auteurs concluent :

1° En élevant brusquement l'intensité du courant,

L'animal est pris de contractures généralisées, il tombe brusquement sur le flanc, vide son intestin et sa vessie, la respiration s'arrête.

2° En diminuant suffisamment la force électro-motrice,

La respiration se rétablit, la résolution se fait, l'animal semble sortir d'un profond sommeil.

3° En élevant graduellement l'intensité du courant,

a) Lorsque le cerveau est traversé par le courant voltaïque intermittent, mathématiquement rythmé, d'intensité sensiblement constante, on obtient le coma.

b) Dans la période d'ascension du courant il n'est pas rare d'observer quelques secousses isolées dans les membres presque toujours précédées de phénomènes d'aura (secousses de la face, spasme glottique, cri, étternuements répétés, l'animal se gratte l'oreille), morsure de la langue, écume, émission d'urine.

c) Arrivé à une certaine intensité (variable suivant le sujet et les conditions de l'expérience) l'animal est dans le coma avec résolution musculaire. Le coma s'accompagne de stertor et d'élévation thermique (41° dans le rectum).

d) La durée du coma est soumise à la volonté de l'expérimentateur.

Après l'expérience il ne subsiste guère qu'un peu de torpeur et un peu de parésie passagère du train postérieur.

F. PATRY.

4190) **Examen bactériologique du Sang des Épileptiques**, par LANNOIS et LESIEUR. *Soc. méd. des hôp. de Lyon*, 3 nov. 1903.

Les auteurs ont depuis longtemps examiné un certain nombre d'épileptiques, soit pendant, soit après la crise. Contrairement à Bra, qui dit avoir trouvé dans 60 à 80 pour 100 des cas un streptocoque spécial dont l'inoculation déterminait des crises épileptiques, Lannois et Lesieur contestent l'existence de ce microbe spécial de l'épilepsie qu'ils n'ont jamais retrouvé ni dans le sang à l'état frais, ni dans les cultures.

A.

## PSYCHIATRIE

- 4191) **Sur un Arrêt de développement du Nez (un stigmate de Dégénérescence non encore remarqué).** (Ueber eine Entwicklungshemmung der Nase (ein bisher nicht beachtetes Degenerationszeichen), par HANS GUDDEN (de Munich). *Neurol. Centralbl.*, n° 1, 4<sup>re</sup> janvier 1903.

La plupart des « stigmates de dégénérescence » consistent dans des arrêts du développement, un certain nombre dans des troubles du développement. C'est au nombre des arrêts de développement que Gudden range une dépression canaliculaire que l'on observerait assez souvent au niveau de l'union des parois interne et externe des fosses nasales, immédiatement au-dessus de l'orifice; cette anomalie résulterait d'une insuffisante réunion des deux parois qui se fait assez tardivement dans la vie embryonnaire. Elle serait un signe de dégénérescence à ajouter à ceux déjà connus.

A. LÉRI.

- 4192) **Comment l'Anthropologie Criminelle peut établir la culpabilité ou l'innocence d'un homme, même d'après son Squelette,** par ZALESKI. *Archivio di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia criminale e Medicina legale*, 1904, fasc. 1-2, p. 1-11.

Le brigand Bykow et le vagabond Ciajkin avaient tous deux été exécutés comme assassins; les recherches de l'auteur portant sur leurs squelettes démontrent que le premier seul présente les caractères anthropologiques appartenant aux assassins.

F. DELENI.

- 4193) **La Criminalité chez les Aliénés Sardes,** par SANNA-SALARIS. *Archivio di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia criminale e Medicina legale*, 1904, fasc. 1-2, p. 11-26.

La race exerce son influence sur la criminalité; les crimes commis par les aliénés sont plus fréquents là même où la criminalité, d'une façon générale, est plus fréquente. Les paranoïaques et les épileptiques commettent les actes les plus graves.

F. DELENI.

- 4194) **Explication de la raison d'être de l'Argot Criminel à la lumière de l'Ethnographie comparée,** par GUIFFRIDA-RUGGERI. *Archivio di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia criminale et Medicina legale*, 1904, fasc. 1-2, p. 26-34.

L'auteur s'attache à mettre en lumière l'influence favorable ou protectrice propre attribuée à certains mots, à certaines expressions, par la demi-conscience superstitieuse des esprits frustes.

F. DELENI.

- 4195) **La Fossette Occipitale moyenne chez les Aliénés et chez les Aliénés Épileptiques,** par BERGONZOLI. *Archivio di Psichiatria, Neuropatologia, Antropologia criminale et Medicina legale*, 1904, fasc. 1-2, p. 43-50.

Sur les crânes des aliénés la fossette occipitale moyenne existe dans une proportion presque normale (5,22 pour 100); chez les fous épileptiques elle existe dans une proportion double (11,11 pour 100). La présence de cette fossette est un signe de dégénérescence.

F. DELENI.

- 1196) **Contribution à l'étude de la Perversion Sexuelle**, par ELIE IVANOFF. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, 1903, n° 10, p. 737-746.

Cas où l'on a observé toute une série de perversions sexuelles les plus variées.  
SERGE SOUKHANOFF.

- 1197) **Contribution à l'étude des Psychoses Traumatiques**, par KAMENSKY. *Revue (russe) de Psychiatrie, de Neurologie et de Psychologie expérimentale*, 1903, n° 9, p. 651-656.

L'auteur cite un cas de psychose traumatique avec oscillations très accentuées dans le cours de la maladie.  
SERGE SOUKHANOFF.

- 1198) **Contribution à la pathologie de la « Notion de la Connaissance » ou « Qualité de la Connaissance »** (Zur Pathologie des Bekanntheitsgefühl, Bekanntheitsqualität), par A. PICK. *Neurol. Centralbl.*, n° 1, 1<sup>er</sup> janvier 1903, p. 2.

Volkeit a noté qu'en apprenant quelque chose on a immédiatement l'impression plus ou moins intense d'une connaissance nouvelle et que de cette impression première résultera en partie la plus ou moins grande facilité avec laquelle on rappellera ultérieurement ses souvenirs; c'est cette « notion de la connaissance » plus que la clarté et la netteté des images du souvenir qui provoque la reconnaissance; c'est ce que Höffding a dénommé la « qualité de la connaissance ».

Pick pense que ce sont les troubles de cette notion de la connaissance qui se produisent dans certains états épileptiques ou hystériques où le malade conserve assez d'intelligence pour se rendre compte que tout lui devient brusquement étranger. Ces troubles sont en relation étroite avec la désorientation, avec l'anxiété. C'est à des altérations du même ordre que Pick rapporte une sorte de paramnésie d'un paralytique général qui croyait avoir vécu deux et trois fois les mêmes événements; qui croyait avoir, au même endroit, dans la même rue, deux ou trois frères exerçant le même métier, etc.

Ce seraient des troubles de la même notion qui empêchaient un autre malade de reconnaître sa mère ou qui le faisaient douter que ce fût bien de sa mère qu'il recevait une visite, qui faisaient au contraire prendre à un autre malade tous les passants pour des amis. Ces troubles seraient sans doute, d'après Pick, fréquemment rencontrés si on les cherchait systématiquement.

A. LÉRI.

- 1199) **Sur les Troubles Mentaux dans l'Armée en temps de paix** (Ueber Geistesstörungen in der Armée zur Friedenszeit), par GEORGES ILBERG. Brochure, Halle, 1903.

Revue des différents troubles mentaux que l'on rencontre dans l'armée, de leur fréquence, de leurs causes (alcoolisme, syphilis, etc.) et des mesures préventives et curatives à employer, à l'usage des officiers et des médecins militaires.

A. LÉRI.

- 1200) **Remarques critiques sur l'article de Ziehen : Sur quelques lacunes et difficultés de la Classification des Maladies Mentales** (Kritische Bemerkungen...), par le Pr. NISSL (Heidelberg). *Centralblatt f. Nervenheilkunde u. Psych.*, XXVII, nouvelle série, t. XV, mars 1904 (4 p.).

La classification anatomo-pathologique sera la seule définitive. Elle est im-

possible actuellement ; il faut nous contenter de la classification clinique, faute de mieux.

M. TRÉNEL.

**1201) Contribution à l'étude des Stigmates de la Criminalité. L'Œil et la vision chez les criminels. L'œil criminel**, par GEORGES COCHY DE MONCAN. *Thèse de Paris*, mars 1904.

Il ne semble pas que l'organe de la vision des criminels présente des anomalies et des tares assez caractéristiques pour constituer de véritables stigmates de la criminalité.

FEINDEL.

**1202) Contribution à l'étude de l'état des Cheveux chez les Aliénés** (Zur Casuistik des Verhaltens der Haare bei Geisteskranken), par HEINICKE (de Hubertusburg). *Neurol. Centralbl.*, n° 4, 15 février 1903, p. 146.

Heinicke rapporte l'observation d'une malade de 21 ans, atteinte de démence précoce, chez laquelle il a vu à trois reprises, en l'espace de quinze jours, quelques mèches de cheveux blanchir presque subitement à l'approche d'une période d'excitation et noircir de nouveau aussitôt l'excitation passée. Heinicke rappelle un certain nombre de cas plus ou moins analogues signalés par les auteurs (Anstlie, Paquet, Rauber, etc.). Il a constaté que les cheveux devaient leur couleur blanche à des bulles d'air remplissant la gaine médullaire et redevenaient noirs quand par l'eau on en chassait l'air. Il suppose qu'un trouble trophique brusque, une modification de la circulation sanguine et lymphatique, permettent la formation dans les cheveux de véritables replis ou d'espaces vides qui se remplissent d'air.

A. LÉNI.

## THÉRAPEUTIQUE

**1203) Les Traitements de la Lèpre**, par M. F. ALFONSO. *Revista medica cubana*, t. III, n° 1, p. 18-30, juillet 1903.

A l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement spécifique de la lèpre ; c'est encore l'huile de chaulmoogra qui réussit le mieux.

F. DELENI.

**1204) Traitement chirurgical d'une Méningite consécutive à une Fracture de la base du Crâne**, par M. MIGNON. *Société de Chirurgie*, 27 avril 1904.

Le quatorzième jour, le blessé présentait les symptômes classiques d'une méningite confirmée.

M. Mignon trépana les deux fosses temporales, évacua un abondant épanchement sanguin extra-dural à droite, constata la couleur ardoisée foncée de la dure-mère et l'absence de battements ; puis, ayant incisé la dure-mère, draina à l'aide de deux drains. — Amélioration immédiate, puis guérison.

La ponction lombaire faite deux jours après l'opération donna un liquide céphalo-rachidien contenant une quantité considérable de lymphocytes polynucléaires. Ce liquide, ensemencé, fournit une culture virulente de pneumocoques.

M. Moty a obtenu, par trépanation du crâne et drainage des méninges, une guérison aussi rapide chez un jeune soldat qui, en nettoyant le canon de son

fusil, s'était violemment enfoncé sa baguette dans la narine droite; l'instrument avait pénétré dans l'étage antérieur du crâne en perforant la lame criblée de l'éthmoïde. La méningite consécutive céda rapidement à la trépanation et au drainage et le malade guérit.

E. F.

(1205) **Un cas de Tétanos guéri par le Chloral**, par DEL GENOVESE. *Clinica moderna*, 27 avril 1904, p. 201.

L'auteur n'aurait pas hésité à faire des injections d'acide phénique dans ce cas assez grave, s'il n'avait pas vu la première dose de chloral avoir un effet sédatif très marqué. Il faut toujours commencer par le chloral.

F. DELENI.

(1206) **Section du Sympathique cervical pour une Maladie de Basedow**, par JABOULAY. *Société nat. de Méd. de Lyon*, 6 avril 1903.

Jaboulay présente une jeune fille de 28 ans, qu'il a opérée en 1898, pour une maladie de Basedow avec exophtalmie énorme, tremblement, tachycardie, etc. Il est facile en comparant la malade à sa photographie de constater une différence considérable: la malade est guérie et il ne lui reste qu'un peu de tachycardie.

M. LANNOIS.

(1207) **Un cas de Tétanos traité par les Injections endoveineuses d'Acide Phénique selon la méthode Bacelli**, par MARINO GIACANELLI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, an XXV, n° 40, p. 426, 3 avril 1904.

Cas assez grave. Guérison.

F. DELENI.

(1208) **Guérison d'un cas de Tétanos avec de la Substance Cérébrale**, par EMILIO DE BENEDETTI. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, 17 avril 1904, p. 493.

Tétanos subaigu chez une fillette. Injections hypodermiques d'émulsion de substance cérébrale de cobaye et chloral.

F. DELENI.

(1209) **Contribution à la Thérapeutique de la Maladie de Friedreich**, par ARTURO MORSELLI. *Nuovo Raccoglitore*, nov.-déc. 1903 (4 p., 2 phot.).

Observation d'un cas fort amélioré par la rééducation motrice.

F. DELENI.

(1210) **Nouvelles observations sur la Luxation des Vertèbres Cervicales et sa réduction**, par G.-L. WALTON. *Boston medic. and surgic. Journ.*, vol. CXLIX, n° 17, p. 445, 22 oct. 1903.

L'auteur rejette la traction dans la réduction des luxations du cou comme inefficace; il donne 7 cas de luxations des vertèbres cervicales, 2 réduites spontanément, les autres par simple rotation sous l'anesthésique,

THOMA.

(1211) **Sur quelques modifications dans les opérations de Ptosis**, par DE LAPERSONNE. *Bull. et Mém. de la Soc. française d'Ophth.*, 1903.

Lorsque le muscle releveur n'a aucune action, de Lapersonne emploie le procédé d'Angelucci qu'il a modifié. Ce procédé consiste à suturer le tendon au frontal et lorsque le releveur n'est pas complètement paralysé, il l'avance sur le tarse au moyen d'une suture.

PÉCHIN.

**1212) Traitement chirurgical des Prurits périnéaux, anaux et vaginaux**, par ROCHET. *Société de Chirurgie de Lyon*, 26 fév. 1903.

Dans les cas graves et invétérés qui ont résisté aux moyens médicaux, le véritable traitement est l'énervation du territoire malade. Le plus souvent la résection de la branche périnéale du honteux interne est suffisante; chez les sujets un peu âgés, la résection du tronc principal avec la branche pénienne ou clitoridienne n'aurait pas grande importance. On peut au besoin ajouter la section de la branche génitale du petit sciatique.

M. LANNOIS.

**1213) Contribution à l'étude des indications et des contre-indications, dans le Traitement Chirurgical des Maladies Cérébrales et d'autres Maladies Nerveuses**, par L.-M. POUSSÈPE. *IX<sup>e</sup> Congrès des médecins russes*, Saint-Petersbourg, 1904.

Discussion de la question du traitement chirurgical de l'épilepsie et de l'idiotie.

SERGE SOUKHANOFF.

**1214) De l'Élongation Nerveuse dans la Maladie de Raynaud**, par R. DE BOVIS. *Semaine médicale*, an XXIV, n° 7, 17 février 1904.

Dans un cas, guérison des troubles trophiques et vaso-moteurs; dans l'autre, amélioration considérable de la malade, auparavant véritable infirme. — C'est seulement dans la forme *primitive*, dans la maladie de Raynaud proprement dite, que l'intervention opératoire donnera des succès.

FEINDEL.

**1215) Le Traitement Chirurgical de la Paralyse Faciale**, par FRANCIS MUNCH. *Semaine médicale*, an XXIV, n° 10, p. 73, 9 mars 1904.

La greffe du facial sur un nerf voisin est susceptible de rendre une certaine tonicité aux muscles paralysés et d'atténuer ainsi l'asymétrie faciale; mais elle ne saurait faire recouvrer aux muscles leurs mouvements spontanés; en outre, elle entraîne certains inconvénients tels que les mouvements associés du moignon de l'épaule et de la face (greffe spino-faciale). De plus l'atrophie qui survient fatalement dans le domaine du nerf qu'on anastomose avec le facial, atrophie du trapèze ou hémiatrophie linguale, constituent quelquefois des troubles fonctionnels graves, et l'on peut se demander si l'opération destinée à la corriger n'entraîne pas davantage de désagréments que la paralysie faciale primitive. Quoi qu'il en soit, il semble pour l'instant que la préférence est à accorder à la greffe hypoglosso-faciale, attendu que les troubles qu'elle entraîne sont moins sérieux que ceux de l'anastomose spino-faciale.

FEINDEL.

**1216) Les interventions dirigées sur le Sympathique pelvien**, par PATEL et VIANNAT. *Gazette des Hôpitaux*, 26 mars 1904.

Revue générale. Anatomie du plexus pelvien, troubles nerveux dépendant du sympathique pelvien, interventions directes et indirectes, manuel opératoire, techniques, indications, résultats. Ces interventions agissent surtout sur l'élément douleur.

THOMA.

---

*Le gérant : P. BOUCHEZ.*



et vul-

le véri-  
a résec-  
s sujets  
ou clito-  
section  
ois.

ations,  
les et  
médecins

l'idiotie.  
FF.

ar R. DE

l'autre,  
— C'est  
prement  
DEL.

FRANCIS

certaine  
mais elle  
n outre,  
du moi-  
qui sur-  
e facial,  
fois des  
estinée à  
e faciale  
nce est à  
entraîne  
DEL.

ar PATEL

ndant du  
érateur,  
sur l'élé-  
OMA.

IEZ.